



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

계획 조치 통지서

수혜자격 결정

PLANNED ACTION NOTICE
ELIGIBILITY DETERMINATION

수혜자/ 신청인의 이름과 주소

수혜자/ 신청인 대변인의 이름과 주소

귀하

DDD는 귀하의 **DDD** 서비스 수혜자격 여부를 결정하였습니다. DDD 서비스 수혜자격 결정에 관련된 규정은 WAC 388-823을 참조하십시오.

☐ 제 1차 결정

귀하는 다음 일자부터 DDD 서비스를 수혜할 자격이 있습니다. _____

☐ 재검토 결정

귀하는 다음 건강상태에 의해 DDD 서비스 수혜자격이 있습니다.

☐ 발달지연

☐ 정신박약

☐ 다른 신경계 문제

☐ 다운 증후군

☐ 뇌성(소아)마비

☐ 정신박약과 유사한 기타 증세

☐ 평가하기에 너무 심각함

☐ 간질

☐ 의학적으로 중증환자

☐ 자폐증

☐ 귀하의 DDD 서비스 수혜자격은 종료 혹은 재검토할 필요가 있습니다.

☐ 귀하의 수혜자격은 다시 신청하지 않을 경우 다음 일자에 종료됩니다. ☐ 4번째 생일날 ☐ 10번째 생일날

☐ DDD는 귀하의 DDD 서비스 수혜자격을 17 ~ 18세 사이에 재검토할 것입니다.

☐ 귀하의 DDD 서비스 수혜자격은 WAC 388-823-1005 및 1010에 따라 재검토를 받아야 합니다.

(이 통지서에 동봉되어 있는 수혜자격 종료 및 재검토 요건 요약서를참조하십시오)

담당자	직위	전화번호
출생 ~ 두살 사이의 유아를 위한 조기개입서비스 연락처		전화번호

동봉물: 홈 및 커뮤니티 기반 웨이버 서비스 책자 (Home and Community Based Waiver Services Brochure)

수혜자격 기간 만료 및 재검토 요건
WAC 388-823

연령	수혜자격 증세	자격종료	자격재검토	추가기준
수혜자격 결정 일자와 무관함				
4세 생일	모든 증세	X		
10세 생일	발달지연 다운 증후군 평가하기에 너무 심각함 의학적인 중증환자	X		10번째 생일을 기준으로 서비스 자격 해제/종료
18세 생일	의학적인 중증환자	X		의학적 집중(Medically Intensive) 프로그램을 통한 간호 수혜자격이 없을 경우 18세 전에 종료
17-18세 생일	모든 증세		X	17세에 재 검토를 하고 18세 생 일이 되기 전에 서비스 자격 해제
18세 이상	모든 증세		X	마지막으로 수혜자격 여부를 검 토 받은지 2년이 넘었고 유급 서 비스를 받지 않은 경우 유급 서비 스를 승인하기에 앞서 자격여부 를 재검토함
모든 연령	모든 증세		X	1992년 이후에 결정한 것이 증거 가 불충분하였거나 틀렸을 경우 혹은 사기행위였을 경우
17세 이하	모든 증세		X	새로운 진단 정보가 나올 경우
2005년 7월 전에 수혜자격 결정				
4-17세	발달지연 다운 증후군		X	유급 서비스를 받지 않을 경우 첫 유급 서비스 전에 검토
10세 이상	발달지연 다운 증후군s		X	언제든지 검토할 수 있음

DDD ELIGIBILITY PLANNED ACTION NOTICE ELIGIBLE DECISIONS INSTRUCTIONS

Notification Requirements

1. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
2. The Planned Action Notice is sent with the "Eligibility Expiration and Review Requirements" chart.
3. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of their age and to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
 - A parent if the client is under the age of eighteen;
 - The guardian or other legal representative;
 - Other relatives;
 - Other person identified by the client;
 - An advocacy agency.

Completing the form

1. Effective date equals the date generated by the IE application.
2. Identify ALL of the person's eligible condition(s).
3. You must check one of the three reasons for expiration and review. If age 18 or older, check "Your eligibility review is subject to WAC 388-823-1005 and 1010".

Distribution

1. The client and representative letter can be mailed in the same envelope if they live at the same address.
2. Put a copy in the client file.